Revision 04/08/2025

ITEM 036 : CONTRACEPTION FÉMININE

Contraception : empêcher la survenue d'une grossesse pendant une période donnée, doit être réversible, bien tolérée, peu coûteuse et sans risque majeur pour la patiente.
- **Efficacité** : **indice de Pearl** (IP) = nombre de grossesses accidentelles survenues chez 100 femmes exposées en 1 an : selon une utilisation parfaite (essais)/courante (« vraie vie ») : pour la POP, IP = 0,3 % (utilisation parfaite) vs 6-7 % (courante) ; pour le DIU, IP = 0,2-0,6 % (utilisation parfaite) vs 2 % (courante).
- **Indications** : maitrise de la fertilité, protection contre les IST (préservatifs), pathologies fonctionnelles et organiques (le but n'est pas de maitriser la fertilité, mais de diminuer les troubles de ces pathologies).
- **Contraception non-définitive** : hormonale (œstroprogestatifs/progestatifs) ou non (DIU, méthodes barrières/naturelles).
- **Contraception définitive** : féminine (ligature tubaire, IP 0,5 %)/masculine (vasectomie, IP 0,1 %).
- Site internet pour obtenir des documents d'information à destination des patientes : https://questionssexualite.fr/choisir-sa-contraception.

CONTRACEPTION ŒSTROPROGESTATIVE (COP)

- Diminution du risque : **cancer de l'endomètre** (-50 %), **cancer de l'ovaire** (-50 %, durée dépendante : pas de CI si mutation BRCA !), **cancer colorectal**, **acné, dysménorrhée, ménorragies fonctionnelles, Sd prémenstruel.**

Pilule œstroprogestative (*POP*)

- **Progestatif de synthèse**
  - 1re génération : noréthistérone et lynestrénol (plus commercialisé depuis 2016).
  - 2de génération : **lévonorgestrel** ou **norgestimate.**
  - 3e génération : **désogestrel**, **gestodène, norgestimate.**
  - Autres : **drospirénone, diénogest**, **acétate de nomégestrol/de cyprotérone/de chlormadinone.**
- **Ethinyl-oestradiol** (EE) = normodosé (n'est plus utilisé) ou minidosé < 40 µg.

Ou **Dérivé du 17 bêta-œstradiol** (œstradiol 1,5 mg ou valérate d'œstradiol à dose variable).
Séquence d'administration : Mono- (dose fixe), bi- (2 séquences de dosage) ou tri-phasique : associé pour diminuer l'effet androgénique (acné, hirsutisme) et l'impact lipidique.
→ En 1° intention : contraception EE + **Lévonorgestrel** ou + **Norgestigmate** (moindre risque CV).

Action

- **Inhibition de la sécrétion de FSH et LH** et **blocage de l'ovulation** : le **progestatif** inhibe le pic de LH et la pulsatilité de LH-RH, et **l'éthinylestradiol** inhibe la sécrétion de FSH et l'activité folliculaire.
- Autres effets du progestatif :
  - **Atrophie endométriale :** tissu inapte à la nidation.
  - Modification de la **glaire cervicale** (épaisse et moins abondante) : imperméable aux spermatozoïdes.

Inconvénients

Accident thrombo-embolique	= **Veineux** (**TVP**, **EP)** : risque x 3, maximal la 1re année, car modifications hémostatiques induites par les stéroïdes des COP. ↘ si dose d'EE à 20 µg ou association à un progestatif de 2de génération.
Tumoral	- Augmentation du **risque de cancer du sein et de cancer du col de l'utérus** (si HPV+)… très discuté, si utilisation longue, avec d'autres effets bénéfiques carcinologiques. - Diminution de 50 % du risque de cancer de l'ovaire et du cancer de l'endomètre.

- Augmentation du risque artériel : IDM, AVC ischémique par modification du métabolisme/HTA.
- **Problème d'observance** (1 femme/5 oublie au moins 1 comprimé/mois).
- **Inefficacité** en cas de **vomissement** ou **diarrhée.**
- EI mineurs : **saignement inter-menstruel** (*spotting*)/trouble du cycle (en début de prise) **↘ de libido**, **sécheresse vaginale**, **troubles digestifs (nausées, vomissements), jambes lourdes, mastodynie, céphalées, dépression, troubles cutanés** (acné, pilosité), **risque de lithiase biliaire** (rare++).
- Pas de prise de poids significative.
- Métabolique : . Modification du **métabolisme lipidique** (↗ TG, HDLc, CT).
  . Modification minime du **métabolisme glucidique** (intolérance au glucose, insulinorésistance).
  . Apparition d'une faible HTA 5 % des cas (++si tabagisme associé).

CI

- ATCD personnels ou familiaux (vein. < 50A, art. < 55-65A) de **thrombose veineuse ou artérielle.**
- **FdRCV** : tabagisme important > 35 ans (CI relative), diabète mal équilibré/compliqué (ou DT1 > 20 ans), **HTA** (même équilibrée), dyslipidémie non/mal équilibrée (CT > 3 g/L) ou compliquée, âge > 35/40 ans ou obésité associée à d'autres FdRCV.
- Pancréatite ou ATCD de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère.
- Alitement prolongé ou situation à risque thrombo-embolique.
- **Thrombophilie génétique** ou **acquise**.
- **Migraines avec aura.**
- Antécédent personnel de **cancer de sein** ou de **cancer de l'endomètre,** hémorragies génitales inexpliquées.
- Autres (pathologies hormono-dépendantes+) : **méningiomes, lupus, connectivites, porphyrie, hépatopathie.**

Revision 04/08/2025

<table>
<tr><td rowspan="8">CONTRACEPTION PROGESTATIVE (CP)</td><td rowspan="3">Pilule micro-progestative</td><td>Mise en place</td><td>- Interrogatoire : CI (cancers, thromboses, FdRCV, migraines).
- Explications des avantages et effets indésirables.
- Information sur les IST, la sexualité, la grossesse, l'importance des dépistages gynécologiques (prélèvement cervico-utérin dès 25 ans) et mammaires (autopalpation).
- Rechercher la prise de médicaments inducteurs :
• Fortement inducteur : antiépileptiques, ARV, rifampicine, millepertuis, bosentan.
• Faiblement inducteur : griséofulvine, modafinil, méprobamate, aprépitant.
• Attention à la lamotrigine : les COP accélèrent son métabolisme : risque de concentration insuffisante et recrudescence des crises d'épilepsie.
- Examen mammaire, pelvien (non obligatoire si 1re consultation), général avec IMC, TA.
- Suivi clinique à 3M puis 1/an : poids, IMC, TA, acné, examen des seins et du col, FCU si > 25 ans.</td></tr>
<tr><td>EC</td><td>- Bilan lipidique et glycémie : . Sans FdRCV : à 3-6 mois après le début, puis répété tous les 5 ans si normal.
. Si ATCD familial (dyslipidémie/CV) : dosage préthérapeutique.
- Bilan de thrombophilie si antécédents thromboemboliques familiaux (1er degré) < 50 ans.</td></tr>
<tr><td>Modalités</td><td>- Initiation le 1er jour des règles (ou jusqu'à J5) avec efficacité immédiate (si initiation après le 5e jour = rapports protégés pendant 7 jours (quick start) après vérification d'absence de grossesse.
- 1er comprimé le 1er jour des règles, puis 1 comprimé/jour à heure fixe pendant 21 jours, puis arrêt de 7 jours (hémorragie de privation) et reprise du cycle 21 jours + arrêt de 7 jours.
- Oubli < 3-12 h : prendre le cp oublié immédiatement et continuer la plaquette normalement.
- Oubli > 12 h si pilule combinée/désogestrel seul, > 3 h pour le lévonorgestrel seul :
• Si oubli en début/milieu de plaquette : contraception d'urgence si rapport à risque < 5 jours ou oubli de 2 cp, + Contraception locale pendant 7 j.
• Si 7 derniers comprimés : enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Autres</td><td colspan="2">= Mêmes mécanisme d'action, effets indésirables et contre-indications que la pilule œstroprogestative.
- Avantage : meilleure observance, effet local de l'anneau vaginal en cas de trouble trophique.
- Inconvénient : non remboursé, surrisque thromboembolique par rapport aux pilules de 2de génération (même risque que les pilules de 3e génération).</td></tr>
<tr><td>Patch contraceptif</td><td>= Evra® : patch posé 1 fois par semaine pendant 3 semaines, puis arrêt pendant 7 jours.
- Combine éthinylestradiol + progestatif de 3e génération = risque thrombo-embolique x 2 par rapport à une pilule de 2de génération.</td></tr>
<tr><td>Anneau vaginal</td><td>= Nuvaring® : anneau en plastique souple placé dans le vagin, diffusion transvaginale, laissé en place pendant 3 semaines puis retiré 7 jours.
- Risque thrombo-embolique ≈ pilule de 2de génération.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Pilule micro-progestative</td><td colspan="2">= Contraception de 2de intention, en cas de CI cardiovasculaire ou métabolique aux œstroprogestatifs.
- Lévonorgestrel (Microval®) : prise quotidienne, faible tolérance à l'oubli (3 h), remboursé.
- Désogestrel (Cerazette®) : prise quotidienne, bonne tolérance à l'oubli (12 h), non remboursé.
- Drospirénone : à prendre 24 jours, placebo 4 jours.</td></tr>
<tr><td>Action</td><td>- Action contraceptive périphérique : modification de la glaire cervicale (++), atrophie endométriale et diminution de la mobilité tubaire.
- Action antigonadotrope : inhibition du pic de LH (pour le désogestrel et drospirénone).</td></tr>
<tr><td>CI</td><td>- Tumeur sensible aux progestatifs : cancer du sein et cancer de l'endomètre.
- Pathologie hépatique sévère/évolutive.
- Accident thrombo-embolique veineux en cours (par précaution).
- Saignements inexpliqués.
- Pathologies hormonodépendantes de la progestérone : méningiome.</td></tr>
<tr><td>EI</td><td>- Troubles du cycle : métrorragie, spotting, irrégularités menstruelles, aménorrhée.
- Hyperœstrogénie relative : acné, hirsutisme.
- Risque de grossesse extra-utérine.
- Kystes fonctionnels/dystrophies ovariennes.
- Mastodynies, Sd prémenstruel (congestion pelvienne, irritabilité).
PAS de modification métabolique/de l'hémostase ni risque artério-veineux.</td></tr>
<tr><td>Modalité</td><td>- 1 comprimé/jour à heure fixe (ne pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel ou 12 h pour le désogestrel ou drospirénone) en continu (même pendant les règles).
- À la mise sous Microval® : associée à une contraception locale pendant 14 jours.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Implant sous-cutané Nexplanon®</td><td colspan="2">= Délivre en continue de l'étonogestrel, inséré en sous-cutané à la face interne du bras sous AL.
- Efficace pendant 3 ans (2 ans ½ si IMC > 27, 2 ans si IMC > 29), indice de Pearl le plus faible = 0,05 %.
- Mise en place : . Isolé le 1er jour des règles ou < J7 du cycle.
. Associé à une contraception locale pendant 7 jours si mise en place > J7 du cycle.</td></tr>
</table>

Revision 04/08/2025

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td>Macro-progestatif</td><td colspan="4">= Dérivés de la progestérone à forte dose (prégnane, norprégnane), aucun calcul d'IP.
- Indications : traitement hormonal substitutif, âge > 40 ans, pathologies œstrogéno-dépendantes (mastopathies bénignes, endométriose, myome, hyperplasie endométriale).
- Effet antigonadotrope (si prise J5-J25 du cycle) et effet périphérique des progestatifs.
- CI : pathologie hépatique évolutive, cancer du sein, méningiome…
- Aucune AMM comme contraceptif : effet contraceptif si pris pour une autre indication.
Aucun effet contraceptif si prise sur 10 jours/cycle.
- EI : troubles du cycle menstruel, spotting, aménorrhée, hypo-œstrogénie (troubles de la libido et de l'humeur, sècheresse vaginale…)
- Nécessite un suivi spécifique (clinique, IRM cérébrale) : risque de méningiomes.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN</td><td colspan="4">= Méthode contraceptive de 1re intention (++chez la multipare), longue durée d'action = 3 à 5 ans voire 10 ans pour certains modèles.
- 2 classes :
• DIU au cuivre : indice de Pearl = 0,6 % (0,8 % utilisation courante).
• DIU délivrant un progestatif (lévonorgestrel : Mirena) : indice de Pearl = 0,1 %, 3 dosages possibles, recommandé aussi en 1re intention pour le TTT des ménorragies fonctionnelles, adénomyoses, mastodynies et dysménorrhées.
→ Chez la nullipare : DIU progestatif adapté (Jaydess®), laissé en place pour un maximum de 3 ans (DIU de petite taille).</td></tr>
<tr><td>Action</td><td colspan="4">- Anti-nidatoire par atrophie endométriale pour les DIU progestatifs.
- Anticonceptionnel : . DIU au cuivre : toxicité du cuivre sur les spermatozoïdes, et inflammation endométriale.
. DIU progestatifs : modification de la glaire cervicale.
→ Ne bloque pas l'ovulation : empêche les grossesses intra-utérines, mais pas les GEU.</td></tr>
<tr><td>Modalité</td><td colspan="4">- Pose : asepsie, après hystérométrie (hauteur de la cavité utérine), pendant les règles ou qq jours après.
- Retrait à n'importe quel moment du cycle, impératif si grossesse (risque FCS), saignement excessif.</td></tr>
<tr><td>CI</td><td>Absolue</td><td>- Grossesse existante ou soupçonnée (désirée).
- Infection génitale haute actuelle ou < 3 mois.
- Cervicite purulente, infection puerpérale en cours.
- Malformation utérine/myome utérin majeur(e).
- Saignement utéro-vaginal non exploré/inexpliqué.
- Immunosuppresseurs ou corticoïdes au long cours.
- Maladie de Wilson (DIU au cuivre).
- Juste après un avortement septique.
- Valvulopathies à risque d'endocardite.
- Tuberculose pelvienne avérée.
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne (môle).</td><td>Relative</td><td>- Cancer du sein (DIU hormonal).
- Accident thrombo-embolique évolutif.
- Insuffisance hépatique sévère.</td></tr>
<tr><td>EI</td><td colspan="4">- À la pose (rare) : malaise vagal, perforation utérine, hystérométrie, pose impossible par sténose cervicale, douleurs pelviennes.
- Tardifs :
. Infection utéro-annexielle dans les 3 semaines suivant la pose, expulsion spontanée.
. Troubles du cycle : ménorragie (DIU au cuivre), métrorragie/aménorrhées (hormonal).
. DIU hormonal : EI des progestatifs (Sd prémenstruel, kystes ovariens, hyperandrogénie modérée).</td></tr>
<tr><td colspan="2">CONTRACEPTION LOCALE</td><td colspan="4">- Préservatif masculin (IP 2-15 %) = méthode de choix si partenaires occasionnels ou multiples (prévention des IST), au mieux couplée à une pilule contraceptive : mauvaise observance, peu efficace.
En latex+ (sinon polyuréthane), information++ (pas d'objet tranchant, date de péremption, pose…)
- Préservatif féminin (IP 5-21 %) : contraception et protection des IST, à usage unique.
- Diaphragme, cape cervicale (taille unique/différentes tailles à adapter à l'anatomie).
- Spermicides, tampons, éponges (IP 18-29 %).</td></tr>
<tr><td colspan="2">MÉTHODE NATURELLE</td><td colspan="4">- Retrait (IP 4-27 %).
- Protection/abstention pendant l'ovulation : courbe de température, méthode d'Ogino-Knaus (calendrier : abstention de J7 à J21), méthode de Billings (observation de la glaire cervicale), tests d'ovulation, symptothermie (combinaison de méthodes).
- Efficacité mauvaise (indice de Pearl = 1 à 9), à ne pas conseiller.</td></tr>
<tr><td colspan="2">STÉRILISATION DÉFINITIVE</td><td colspan="4">= Irréversible, aucune contre-indication, IP 0,1-0,15 % (vasectomie)/0,5 (ligature tubaire).
- Dépénalisée en 2001 : personne majeure, pratiqué dans un établissement de santé, demande écrite et signée de la patiente et du médecin, information écrite et orale de la patiente, remettre le livret d'information du ministère de la Santé et une attestation de consultation, délai de réflexion de 4 mois, confirmation par écrit lors d'une seconde consultation.
- Patiente sous tutelle ou curatelle : décision soumise au juge des tutelles.
- Clause de conscience : un médecin est libre de refuser de pratiquer la stérilisation tubaire.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>Méthode</td><td>Chez la femme : Sous cœlioscopie seulement depuis 2017 : ligature ± section des trompes (pose de clips ou d'anneau, ligature/section ou électrocoagulation tubaire) : en hospitalisation, sous AG, efficace instantanément.
Chez l'homme : vasectomie bilatérale (sous AL/AG) efficace à 3M (spermogramme de contrôle à 3M) : possible cryoconservation (CECOS) préalable (information obligatoire).
Complications (< 2 %++) : hématome, infection, douleur chronique (3-6 %), épididymite, retard de cicatrisation, atrophie testiculaire, granulome.</td></tr>
<tr><td>CHANGEMENT DE CONTRACEPTION</td><td>CAT</td><td>- Si changement d'une POP pour une contraception progestative : à initier dès le jour suivant la dernière prise de pilule active.
- Si changement d'une contraception progestative pour une POP : à initier dès le jour suivant la dernière prise (s'assurer de l'absence de grossesse si aménorrhée).
- Si passage d'un DIU pour une contraception hormonale : débuter la contraception dans les 5 jours suivant le début des règles.</td></tr>
<tr><td>PRESCRIPTIONS SPÉCIFIQUES</td><td colspan="2">- Si ATCD thrombose veineuse ou thrombophilie : pas de COP, possible CP seule, DIU (cuivre/lévonorgestrel), contraception barrière (moins efficaces).
- Si ATCD d'accident artériel (IDM/AVC) : idem, mais préférer les contraceptions non-hormonales.
- Si FdRCV mineurs (hors CI formelles) : possible utilisation de COP en l'absence d'autres FdR.
➞ Pour le diabète de type 2 : 1re intention CP/DIU au cuivre (COP 2° intention).
- Si mineure : accès facilité à 15-18 ans, secret sur l'ensemble du parcours (possible NIR anonyme), délivrance gratuite des contraceptifs remboursables si prescription médicale (mentionner « contraception mineure »), code d'exonération pharmaceutique EXO3 (= aucun frais).
➞ Tiers payant pour la 1° consultation de prescription + consultation de suivi (1° année puis 1/an), pose/changement/retrait de contraceptif, biologie de suivi, délivrance des contraceptifs remboursables.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">CONTRACEPTION D' URGENCE</td><td colspan="2">- Inhibe/retarde l'ovulation sans effet sur l'endomètre et l'implantation.
- Méthode contraceptive, n'est pas capable de provoquer une interruption de grossesse.</td></tr>
<tr><td>Lévonorgestrel 1,5 mg</td><td>= Norlevo® : aucune contre-indication.
- En vente libre sans ordonnance, aucune contre-indication, gratuit pour les mineurs, remboursé à 65 % si prescription médicale.
- Prise orale d'1 cp en 1 prise, le plus tôt possible < 72 h après le rapport sexuel non protégé.
- Interfère avec le pic de LH (inhibition de l'ovulation), diffère/inhibe la croissance folliculaire.
- Efficacité d'autant plus importante que la prise est précoce.
- À renouveler en cas de vomissements dans les 3 h suivant la prise.
- Survenue normalement d'un saignement : test de grossesse en cas d'absence.</td></tr>
<tr><td>Acétate d'ulipristal 30 mg</td><td>= Ellaone® (AMM depuis 2009) : modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone : inhibe la croissance folliculaire/le pic de LH et la rupture folliculaire (3-5j après la prise), altère l'endomètre, provoque des règles dans 80 % des cas.
- CI : asthme sévère, insuffisance hépatique.
- Efficacité meilleure (+si prise précoce), prise orale unique jusqu'à 5 jours (120 h) après le rapport.
- Disponible avec ou sans ordonnance, coût élevé (24 €), remboursé à 65 % (si ordo), gratuit si mineure.</td></tr>
<tr><td>DIU</td><td>= Pose de DIU dans les 5 jours : méthode la plus efficace (0,1 % d'échec), surtout chez la femme obèse.</td></tr>
<tr><td>Suite</td><td>- Rapports protégés jusqu'aux règles suivantes, prévoir la contraception future ± bilan IST.
- En cas de doute (retard de règle > 5 jours, saignement anormaux) : dosage d'hCG.</td></tr>
</table>